

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Nur für Rentenversicherungsträger:
Eingang am _____
Anlagen _____
angewiesen am _____ durch _____

beabsichtigt sind

- stationäre bzw. ambulante medizinische Leistungen
 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Personalien des Patienten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Zur Zeit arbeitsunfähig? nein ja, seit : _____ wegen _____

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung möglichst als Funktionsdiagnosen

	ICD-10	Lok.	Zu.						
1.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl
 sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

Name, Vorname:

VSNR:

Risikofaktoren/ Gefährdung durch

- Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 Sonstige:

Untersuchungsbefund

ohne Befund sind: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde (einschl. klinisch-chemischer/ klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

in den letzten 6 Monaten:

vorher:

Behandlungsmöglichkeiten nach dem Heilmittelkatalog sind ausgeschöpft ja nein
Erbracht wurden (Anzahl und Art):

Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Verständigung in deutscher Sprache möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, in welcher |
| Ist Belastbarkeit für stationäre Rehabilitation gegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ausreichende Belastbarkeit und Mobilität für ambulante Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, Bemerkung |
| Wird eine Begleitperson für erforderlich gehalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | |
| Liegt ein Arbeitsunfall/Berufskrankheit vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbesch.) vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein sonstiger Unfall vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers durch den zuständigen Arzt der Reha-Klinik

Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen: ja nein

Datum

Unterschrift

Stempel

Telefonnummer

